



NEIGHBORHOOD PLACE
SAGLASNOST ZA USTUPANJE INFORMACIJA

Ja, _____, tražim usluge Neighborhood Place-a za __ sebe, __ moju porodicu, __ moje dijete (označite sve što se odnosi na vas). Potpisivanjem ovog obrasca, dajem osoblju Neighborhood Place-a odobrenje da razmjenjuje informacije o uslugama pruženim meni ili mojoj porodici. Razumijem da će svi podaci i informacije o ovim uslugama biti zaštićeni propisima koji uređuju razmjenu povjerljivih informacija. Dalje razumijem da usluge mogu obuhvatiti procjenu naših potreba i kreiranje plana usluga da bi se zadovoljile ove potrebe.

Podrazumijeva se da će odobrenje ustupanja takvih informacija biti korišteno isključivo u svrhu pružanja i poboljšanja usluga meni, mojoj porodici i ili mom djetu. Time će se također izbjegći dupliranje aktivnosti agencija. Otkrivanje informacija će biti ograničeno na osoblje Neighborhood Place-a i ovih organizacija i neće biti ustupljene nikome drugom bez moje pisane saglasnosti.

Dole navedene agencije imaju moju pisanu saglasnost da razmjenjuju informacije povjerljive prirode, ukoliko nisam drugačije naznačio(la) stavljajući svoje inicijale pored agencija koje želim isključiti.

Vladine ili privatne neprofitne agencije

Molimo stavite svoje inicijale pored agencija koje želite isključiti. Dapišite agencije koje želite dodati.

- Ky. Ured za porodice i djecu -
 Uprava za zaštitu i permanentnost
 Ky. Ured za porodice i djecu -
 Uprava za porodičnu potporu
 Društvena služba Jefferson okruga
 Odsjek za zdravstvo Jefferson okruga

- Javne škole Jefferson okruga
 Služba sedam okruga, Inc.
 Drugo:

(Molimo stavite svoje inicijale pored informacija koje želite isključiti iz ovog odobrenja. Upišite informacije koje želite dodati ovom odobrenju.)

- Puno ime i prezime i drugu identifikaciju za mene, moju porodicu ili moje dijete
 Evidenciju koja se odnosi na pravosudne postupke za maloljetnike, uključujući hapšenja - kažnjavanja
 Socijalnu i obrazovnu istoriju i primjedbe
 Evidenciju koja se odnosi na starateljstvo iz postupka suda za maloljetnike

- Planove liječenja, usluga i obrazovanja
 Preporuke drugim pružaocima usluga
 Medicinske nalaze i informacije koje se odnose na zdravstvenu istoriju, mentalna ili fizička oboljenja, pružene usluge i liječenja
 Medicinske nalaze i informacije vezane za mentalno zdravlje
 HANDS dokumentaciju
 Drugo:

Pročitao(la) sam i shvatam sadržaj ovog obrasca; primio(la) sam primjerak i slažem se sa odredbama, izuzev stavki koje sam gore označio(la) inicijalima.

Ovo odobrenje za korištenje usluga gore navedenih agencija i za razmjenu povjerljivih informacija će biti punovažno u periodu od dvanaest (12) mjeseci. Razumijem da u pismenoj formi mogu opozvati ovo odobrenje u bilo kojem trenutku, ali razumijem da moja dokumentacija može biti ustupljena drugima više puta prije nego što ja zatražim da se ovo odobrenje opozove.

Potpis za sebe ili za djecu

Datum

Potpis svjedoka

Datum

Roditelji - Staratelj (navedite imena djece)

OVAJ DOKUMENT NE ODOBRAVA OTKRIVANJE INFORMACIJA KOJE SE ODNOSE NA ISTORIJU LIJEČENJA OD OVISNOSTI (DROGA ili ALKOHOL), POLNIH (SEKSUALNO PRENOSIVIH) BOLESTI, I-ILI NA HIV (VIRUS SIDE) STATUS. PREMA FEDERALNOM ZAKONU, ZAŠTIĆENE ZDRAVSTVENE INFORMACIJE MOGU BITI USTUPLJENE BEZ VAŠEG ODOBRENJA ZA LIJEČENJE, PLAĆANJE I POSLOVANJE ZDRAVSTVENOM NJEGOM. ODOBRENJE NIJE OBAVEZNO DA BE SE POVINOVALI ZAKONIMA KOJI SE ODNOSE NA OBAVEZNO PRIJAVLJIVANJE SUMNJE NA ZLOSTAVLJANJE ILI ZANEMARIVANJE ILI PROCJENU DA POSTOJI OZBILJNA OPASNOST ZA SAMU OSOBU ILI ZA DRUGE.